Генерализованный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода и среднего уха: клиническое наблюдение

Н.С. ПОТЕКАЕВ, Л.Р. ПЛИЕВА[1], С.В. ШКРЕБЕЦ, Л.А. ШЕСТАКОВА

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Generalized lichen ruber planus with the affection of the mucous membrane of the oral cavity, oesophagus, and middle ear: A clinical observation

N.S. POTEKAEV, L.R. PLIEVA, S.V. SHKREBETS, L.A. SHESTAKOVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

В статье описан клинический случай генерализованного красного плоского лишая с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода и среднего уха, успешно пролеченного системным глюкокортикостероидным препаратом.

Ключевые слова: генерализованный красный плоский лишай, слизистая оболочка полости рта, пищевод, среднее ухо, преднизолон.

The authors describe a rare case of generalized lichen ruber planus affecting the mucous membranes of the oral cavity, oesophagus, and middle ear. The patient with this condition was successfully treated with a systemic glucocorticosteroid drug.

Key words: generalized lichen ruber planus, the mucous membrane of oral cavity oesophagus, and middle ear, prednisolone.

Красный плоский лишай — один из распространенных хронических дерматозов неясной этиологии, характеризующийся зудящей папулезной сыпью, поражающий кожу, слизистые оболочки (полости рта, половых органов) и ногтевые пластины.

Под нашим наблюдением находилась больная диссеминированным красным плоским лишаем с поражением кожных покровов, слизистых оболочек полости рта и пищевода, наружного слухового прохода.

Пациентка *Б.*, 54 года, москвичка, обратилась в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в декабре 2009 г. с жалобами на многочисленные высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся периодическим умеренным зудом, болезненностью в области слизистой оболочки полости рта и глотки и двусторонним снижением слуха.

Из анамнеза заболевания известно, что первые высыпания без субъективных ощущений появились на коже поясничной области в августе 2007 г. после сильного психоэмоционального стресса. Больная самостоятельно обрабатывала пораженный участок кожи болтушкой циндол (без эффекта). На протяжении последующих 18 мес кожный процесс носил относительно стабильный характер.

С дебютом дерматоза совпало правостороннее снижение слуха. Пациентка была обследована у оториноларинголога по месту жительства, выставлен диагноз «кондуктивная правосторонняя тугоухость I—II ст.». Проведено физиотерапевтическое лечение — лазерная терапия и продувание слуховой трубы (положительный эффект незначительный).

С марта 2008 г. появилась сначала непостоянная, а затем хроническая боль в горле, усиливающаяся при глотании, не проходящая при самостоятельном противовоспалительном лечении противомикробными таблетками для рассасывания и полосканиями антисептическими растворами.

В октябре 2008 г. больная была обследована в коммерческом медицинском центре. По данным лабораторных исследований, выявлены наличие иммуноглобулинов к вирусу герпеса 1-го и 2-го типа, иммуноглобулины к цитомегаловирусу. Назначено лечение — иммуноглобулин нормальный человеческий 1,5 мл внутримышечно через день №10, полиоксидоний 6 мг внутримышечно через день №10, ксантинола никотинат 150 мг по 1 таблетке 2 раза в день, фолиевая кислота 1 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 нед. По окончании курса лечения динамики со стороны кожного процесса не наблюдалось, а со стороны ЛОР-органов усилились субъ-

© Коллектив авторов, 2011

[1]e-mail: doctorlina@list.ru

Klin Dermatol Venerol 2011;4:15

ективные ощущения при глотании, снизился слух слева. При повторном обращении к оториноларингологу было проведено бактериологическое исследование на дифтерийную палочку (результат отрицательный), поставлен диагноз — «хронический микотический назофарингит». Рекомендовано: дифлюкан 150 мг по 1 капсуле 1 раз в неделю №2, обработка слуховой трубы оливковым маслом, полоскания полости рта раствором октенисепт в течение 14 дней. Лечение положительного влияния не оказало.

В феврале 2009 г. по рекомендации врача-иммунолога проведен второй курс иммуномодулирующей терапии с применением препаратов Т-активина 0,01% раствор подкожно по 1 мл в течение 10 дней, циклоферона по 1 мл внутримышечно через день №10, затем с месячным перерывом — курс циклоферона в таблетках по 150 мг (по 30-дневной схеме), суппозитории виферон 500 000 МЕ по 1 свече 2 раза в сутки ректально в течение 10 дней.

К окончанию данного курса иммуномодулирующей терапии в марте 2009 г. наблюдалось выраженное обострение кожного процесса в виде диссеминации высыпаний по всему кожному покрову с поражением слизистой оболочки полости рта.

Больная вновь обратилась к оториноларингологу. При проведении бактериологического исследования мазка с миндалин был отмечен обильный рост *Streptococcus pyogenes* и умеренный рост *Streptococcus haemoliticus*. По результатам чувствительности к антибактериальным препаратам назначен тиберал 500 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5 дней, местно — полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, лизобакт по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 7 дней. Также был рекомендован прием иммуностимулирующих препаратов: изопринозина 500 мг (по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 5 дней) и повторный 30-дневный курс циклоферона (в таблетках). Однако улучшения не наблюдалось.

В кожно-венерологическом диспансере по месту жительства больной было проведено цитологическое исследование элемента сыпи. Выявлены элементы крови и хронического воспаления (лимфоциты, гистиоцитарные элементы, фибробласты) и пласты роговых чешуек. По результатам цитологического исследования поставлен предварительный диагноз — саркома Капоши. Для уточнения диагноза пациентка направлена в Московскую городскую онкологическую больницу №62, где ей были проведены онкопоиск (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лимфатических узлов и малого таза, рентгенография органов грудной клетки, маммография — без выраженных органных изменений) и диагностическая биопсия кожи.

Описание *гистологического препарата*: эпидермис с явлениями очагового гиперкератоза, акантоза, с очагово-диффузным инфильтратом в субэпителиальных отделах дермы по периферии акантотических тяжей, представленным преимущественно малыми лимфоцитами с матовыми и гиперхромными ядрами. Также обнаруживаются депозиты бурого пигмента. *Заключение*: картина наиболее соответствует лихеноидному дерматозу. Предварительный диагноз — саркома Капоши был снят, рекомендовано лечение у врача-дерматовенеролога.

При поступлении больной в Клинику кожных и венерических болезней в декабре 2009 г. сыпь имела генерализованный (кроме кистей и ягодиц) и мономорфный характер (рис. 1—5). Представлена многочисленными диссеминированными, милиарно-лентикулярными, плоскими, блестящими папулами, полигональных очертаний, разных оттенков сиреневого цвета — от бледно-розового до насыщенно фиолетового с перламутровым оттенком, плотноватой консистенции. На поверхности папул обнаруживалось пупкообразное вдавление, а на относительно крупных — сетка Уикхема. Кроме типичных полигональных папул, на коже туловища, лица, околоушных областей и в видимой части слуховой трубы наблюдались многочисленные мелкие пятна насыщенного бурого цвета. На слизистой



Рис. 1. **Поражение передней поверхности шеи, области декольте, молочных желез.**



Рис. 2. **Поражение лица и шеи.**



Рис. 3. **Поражение груди, живота, предплечий.**



Рис. 4. **Поражение спины и пояснично-крестцовой области.**



Рис. 5. **Поражение задней поверхности шеи, верхней трети спины и плечевого пояса.**

оболочке щек, мягкого неба с переходом на заднюю стенку глотки имелись мелкие белесоватые папулы и единичные эрозии. Ногтевые пластинники кистей и стоп не изменены. Субъективно больную беспокоил умеренный зуд в местах высыпаний, выраженная болезненность при пережевывании пищи и глотании, двустороннее снижение слуха.

На основании типичной клинической картины и патоморфологического заключения впервые был установлен диагноз «диссеминированный красный плоский лишай с поражением слизистой оболочки полости рта». Сопутствующие заболевания — железодефицитная анемия, узловой зоб, фиброзно-кистозная мастопатия, множественная миома матки, аденомиоз.

При обследовании больной в общем анализе крови выявлена анемия (гемоглобин — 111,5 г/л, гематокрит — 33,64%), остальные показатели — в пределах нормы. Общий анализ мочи, глюкоза крови натощак — в пределах нормы. Анализы крови на сифилис, антитела к ВИЧ и гепатит В — без патологии.

В связи со снижением слуха пациентка консультирована оториноларингологом. *Заключение*: патологический процесс, по всей вероятности, связан с основным кожным процессом; в отношении нарушения слуха требуется дообследование.

Проведена *эзофагогастродуоденоскопия*. В средней и нижней трети слизистая оболочка пищевода несколько отечна, розовая, определяются множественные очаговые утолщения слизистой оболочки диаметром 1—2 мм, белесоватой окраски, слегка возвышающиеся над окружающими тканями. В средней трети по задней, передней и правой стенкам определялись участки десквамации эпителия, округлой и овальной формы, размером 5—7 мм, окруженные тонкими пленчатыми наложениями, слизистая оболочка в этих участках была более яркой, но гладкой (типичные эндоскопические признаки проявления основного заболевания кожи). В нижней трети имелись единичные белесоватые творожистые наложения. Органы, доступные для осмотра, — без особенностей.

Таким образом, основываясь на заключении оториноларинголога и описании эзофагогастродуоденоскопии, мы предположили наличие у данной пациентки поражения слухового аппарата и слизистой оболочки пищевода по типу красного плоского лишая. Подобные наблюдения нам удалось обнаружить в литературе. Самая ранняя публикация принадлежит R. Warin и соавт. [1], которые в 1948 г. описали сочетанное поражение красным плоским лишаем слизистой оболочки пищеварительного тракта и барабанной перепонки. E. Hopsu и соавт. [2] у 3 больных предположили связь между срединным отитом и красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта. L. Martin и соавт. [3] описали случай двусторонней кондуктивной глухоты вследствие поражения красным плоским лишаем наружного уха. Что касается поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки пищевода, то имеющиеся в литературе данные оказались противоречивыми относительно частоты встречаемости такого поражения. Так, M. Chaklader и соавт. [4], описавшие поражения красным плоским лишаем кожи, слизистой оболочки полости рта и пищевода у

54-летней женщины, успешно пролеченной циклоспорином, и R. Plentz и соавт. [5] изолированное поражение слизистой оболочки пищевода красным плоским лишаем без поражения кожи и полости рта, считают довольно редким вовлечение в патологический процесс пищевода. Напротив, R. Quispel и соавт. [6] описали типичное поражение слизистой пищевода у 50% обследованных ими больных красным плоским лишаем с поражением кожных покровов и слизистой оболочки полости рта.

После установления диагноза была проведена следующая терапия: три внутримышечных инъекций системного глюкокортикостероидного препарата дипроспана (первые две инъекции по 2,0 мл, третья — 1,0 мл с интервалом между инъекциями 7 дней), с последующим назначением аминохинолинового препарата делагил (250 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 3 нед), наружно — мазь синафлан, флуцинар под окклюзионную повязку, крем Унны, полоскание полости рта 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата.

По окончании лечения отмечалось выраженное улучшение в виде значительного уплощения большинства папулезных высыпаний, регресса части из них с исходом в остаточную гиперпигментацию, эпителизация эрозий и полный регресс папул на слизистой оболочке полости рта. Субъективные ощущения в виде зуда были полностью купированы, отмечалось улучшение слуха справа.

Пациентка была выписана с рекомендациями продолжать прием делагила (250 мг/сут), но через 2 нед после посещения стоматолога и лечения глубокого кариеса наблюдался рецидив дерматоза в виде эрозий на слизистых оболочках полости рта и наружных половых органов, а также многочисленных папул на коже туловища. Больная вновь была госпитализирована в Клинику кожных и венерических болезней в январе 2010 г. Дополнительно (помимо делагила, 250 мг/сут) были проведены две внутримышечные инъекции дипроспана 2,0 мл с интервалом в 7 дней, на эрозии в области полости рта применялась дентальная адгезивная паста солкосерил, в области наружных половых органов — метилурациловая мазь. На фоне данного лечения, проводившегося в течение 3 нед, отмечены полная эпителизация всех эрозий, регресс папул на коже груди и живота, частичный регресс на коже пояснично-крестцовой области. Доза делагила была увеличена с 1 до 1,5 таблеток в сутки.

Несмотря на увеличение дозы делагила, через 2 нед после выписки пациентки из клиники наступил рецидив красного плоского лишая, связанный, по-видимому, с приемом больной пищевой биологически активной добавки. Прием делагила был самостоятельно прекращен пациенткой в конце февраля 2010 г. и на протяжении 1,5 мес без системной терапии дерматоз медленно, но неуклонно прогрессировал: появились многочисленные новые элементы на коже груди, спины, поясничной и глютеальной областях, слизистой оболочке полости рта. Субъективно ощущения были представлены умеренным зудом.

Во время третьей госпитализации в марте-апреле 2010 г. препарат делагил был отменен. Для купирования рецидива дерматоза проведена внутримышечная инъекция дипроспана 2,0 мл и начат курс пероральной глюкокортикостероидной терапии преднизолоном в начальной дозе 6 таблеток в сутки по 5 мг с соответствующей корригирующей терапией (омез 20 мг по 1 таблетке до завтрака, панангин по 1 таблетке 2 раза в день, кальций-D_3 Никомед по 1 таблетке 2 раза в день). Через 20 сут лечения преднизолоном наблюдались практически полный регресс высыпаний, отсутствие прогрессирования красного плоского лишая и купирование зуда. Доза преднизолона была снижена до 4 таблеток в сутки, и больная была выписана из стационара. На протяжении последующих 5 мес сохранялась ремиссия. Продолжается снижение дозы преднизолона, лечение побочных явлений не вызывает.

Таким образом, приведенный нами клинический случай красного плоского лишая с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода и среднего уха, принявшего генерализованный и рецидивирующий характер после нерациональной терапии иммуномодулирующими препаратами, и успешно пролеченного системными глюкокортикостероидными средствами, позволяет сделать вывод о том, что назначение при данном дерматозе лекарственных препаратов с иммуномодулирующей активностью требует от врача осторожности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Warin R.P., Hall-Smith P., Daunt F.O.* Lichen planus of alimentary canal and tympanic membrances. Br J Dermatol Syph 1948;60:7—8:249.
2. *Hopsu E, Pitkäranta A.* Idiopathic, inflammatory, medial meatal, fibrotising otitis presenting with lichen planus. J Laryngol Otol 2007;121:8:796—799.
3. *Martin L., Moriniere S., Machet M.C. et al.* Bilateral conductive deafness related to erosive lichen planus. J Laryngol Otol 1998;112:4:365—366.
4. *Chaklader M., Morris-Larkin C., Gulliver W., McGrath J.* Cyclosporine in the management of esophageal lichen planus. Can J Gastroenterol 2009;23:1:686—688.
5. *Plentz R.R., Müller C.C., Laenger F. et al.* Lichen planus esophagitis without skin, genital or oral mucosa involvement. Z Gastroenterol 2004;42:5:379—382.
6. *Quispel R., van Boxel O.S., Schipper M.E. et al.* High prevalence of esophageal involvement in lichen planus: a study using magnification chromoendoscopy. Endoscopy 2009;41:3:187—193.